



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
Faculdade da Ceilândia - FCE
Graduação em Terapia Ocupacional

SHIRLEY DE FARIAS PEREIRA

**NARRATIVAS DE SAÚDE MENTAL: UM OLHAR DO CUIDADO ESTRANGEIRO
EM VALPARAÍSO DE GOIÁS**

Brasília – DF

2018

SHIRLEY DE FARIAS PEREIRA

**NARRATIVAS DE SAÚDE MENTAL: UM OLHAR DO CUIDADO ESTRANGEIRO
EM VALPARAÍSO DE GOIÁS**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à
Universidade de Brasília (UnB) – Faculdade de
Ceilândia - como requisito parcial para a obtenção de
grau de bacharel em Terapia Ocupacional.

Professor Orientador: Dr^a Josenaide Engracia dos Santos

Brasília/DF

2018

SHIRLEY DE FARIAS PEREIRA

NARRATIVAS DE SAÚDE MENTAL: UM OLHAR DO CUIDADO ESTRANGEIRO
EM VALPARAÍSO DE GOIÁS

Trabalho de conclusão de curso apresentado à
Universidade de Brasília (UnB) – Faculdade de
Ceilândia - como requisito parcial para a obtenção
de grau de bacharel em Terapia Ocupacional.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a Josenaide Engracia dos Santos

Professora Orientadora

Leiliane de Carvalho

Secretaria de Saúde – SES-DF

Examinadora da Banca

Aprovado em:

Brasília,..... de de

DEDICATÓRIA

A meu marido, Paulo Alves, que, mesmo não sendo profissional da saúde, cuida de mim. Sem seu apoio, essa jornada, essa conquista não seria possível. Seu carinho, paciência e sua companhia amiga e amorosa tornam o caminho mais leve. Para mim, você é fonte de inspiração, amor e parceria.

AGRADECIMENTOS

WAHE GURU

Agradeço, primeiramente, a Deus/Deusa, ao criador/criadora de tudo que é, pelo milagre da vida, por me fazer humana: capaz de sofrer e igualmente amar. Por me amparar e confortar, com paciência e compaixão, ao longo dessa jornada.

Aos mestres da Corrente Dourada, pela força e compromisso. Por se fazerem presentes, mesmo nos momentos de minha ausência.

À minha mãe, Antonia Deusimar (Baby) (*in memoriam*), por seu amor incondicional, por ter sido minha maior incentivadora e por me inspirar os valores humanos.

A meu pai, que torce por mim, por seu amor e por me fazer ser uma pessoa melhor a cada dia.

À minha orientadora, professora Josenaide Engracia dos Santos, por compartilhar comigo seus conhecimentos, pela amizade e, sobretudo, pela enorme paciência, por me inspirar nessa caminhada acadêmica e no aprendizado da prática humana do cuidado.

A meu irmão e sua linda família, por todo o suporte e apoio.

À minha mãe de criação, à minha irmã Jaciara, aos familiares e amigos, pela torcida e pela compreensão de minhas ausências.

Aos amigos de faculdade, Meyre, Uguiarlem, Sergio, Antonio, Leilane, Naifa, pelo compartilharem de tantas vivências, confidências, infortúnios e conquistas.

Aos demais professores com quem convivi e com os quais aprendi durante os anos da graduação. Minha gratidão, em particular, aos/às professores/as Grasielle Paulin, Daniela Rodrigues, Nazareth Malcher, Andrea Gallassi, Ana Cristina Alves,

Ana Rita Lobo, Carolina Becker, Caroline Alves, Flávia Mazitelli, Kátia Meneses, Ioneide Campos, Letícia Meda, Paula Furlan, Pedro Almeida, Rafael Barreiro, Carolina Gregorutti, em especial aos professores Wildo Navegantes e Wagner dos Santos, pela confiança e apoio.

À Universidade de Brasília (UnB), na figura de seus gestores, funcionários da secretaria acadêmica, bibliotecários, funcionários da limpeza, do transporte, da portaria, dos laboratórios, a todos minha gratidão pela dedicação.

À Fundação de Apoio à Pesquisa do Distrito Federal (FAP-DF), por todo o apoio e colaboração.

A todos aqueles que, mesmo não mencionados, cruzaram o meu caminho durante esse período e o enriqueceram; a todos, minha imensa gratidão.



foto: Araquém Alcântara

“Por mais longe que o rio vá, ele
jamais esquece sua fonte.”

Provérbio Iorubá

LISTAS DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CECOS	Centros de Convivência
EPSM	Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan – Americana de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PMM	Programa Mais Medico
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNH	Política Nacional de Humanização
PROVAB	Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RIDE	Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno
SRT	Serviços de Residência Terapêuticas
STF	Supremo Tribunal Federal
SUS	Sistema Único de Saúde
TM	Transtorno Mental
TMC	Transtorno Mental Comum ou Transtornos Mentais Comuns
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância

UBS	Unidade Básica de Saúde
WHO	World Health Organization
CF	Constituição Federal
UNB	Universidade de Brasília
PIBIC	Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	13
2.1 BASES DO SUS E ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE.....	13
2.2 O DESAFIO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA E O PROGRAMA MAIS MÉDICOS.....	18
2.3 COMPREENDENDO O TRANSTORNO MENTAL	21
2.3.1 Incursão no tempo	21
2.4 TRANSTORNO MENTAL COMUM E ATENÇÃO PRIMÁRIA.....	25
3 OBJETIVOS	29
3.1. OBJETIVO GERAL.....	29
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	29
4 METODOLOGIA	29
4.1 ABORDAGEM	29
4.2 CENÁRIO DE ESTUDO	29
4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	30
4.4. CRITÉRIO DE INCLUSÃO	30
4.5 INSTRUMENTO DE PESQUISA.....	30
4.6. COLETA DOS DADOS.....	30
4.7. ASPECTOS ÉTICOS.....	31
4.7. ANÁLISE DOS DADOS	31
5 RESULTADOS.....	32
5.1 LIDAM COM A SAÚDE MENTAL E A INTERPRETAM	32
5.2 RECURSOS TERAPÊUTICOS NO CUIDADO À SAÚDE MENTAL.....	36
6 DISCUSSÃO	39
CONSIDERAÇÕES FINAIS	41
REFERÊNCIAS	42
APÊNDICES.....	51
ANEXOS	55

INTRODUÇÃO

O presente trabalho trata de um estudo de campo exploratório sobre o cuidado do sofrimento mental comum, pela perspectiva dos médicos intercambistas da estratégia de saúde da família, no município de Valparaíso de Goiás. Este trabalho se iniciou como um projeto de pesquisa - Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (Pibic). Entretanto, meu envolvimento e interesse pelo assunto de saúde mental surgiu há alguns anos, quando, por vicissitudes da vida, fui apresentada à psicanálise por minha mãe. Como bailarina profissional durante alguns anos, tive contato, desde cedo, com várias práticas corporais, artísticas e terapêuticas que me auxiliaram, inclusive, em meu processo de saúde/doença. Tempos depois, formei-me professora de Kundalini Yoga e entrei para o curso de Terapia Ocupacional, que me conferiu um arcabouço teórico-prático fundamental para compreender a diversidade humana, com empatia e de forma holística, na busca de ressignificar vidas. Todas essas experiências mostraram-me haver diversas formas de lidar com o sofrimento e muitos caminhos na busca do bem estar, tendo em vista o sujeito em todas as suas dimensões física, psíquica, espiritual e social, considerando sua singularidade enquanto ser único, dotado de potencialidades.

O Programa Mais Médicos (PMM) veio para mudar o panorama de escassez de profissionais médicos no Brasil, reduzir as desigualdades regionais de acesso à saúde, fortalecer os serviços de saúde na atenção primária e consolidar os princípios de equidade, integralidade e descentralidade do SUS (BRASIL, 2015). O programa foi criado pela Medida Provisória nº. 621. em 8 de julho de 2013, e instituiu uma série de medidas emergenciais para diminuir a carência de médicos em regiões prioritárias para o Sistema Único de Saúde (SUS), assim superando a falta de assistência a inúmeras populações e comunidades, principalmente em territórios de extrema pobreza, vulnerabilidade, em áreas, do Brasil, rurais e distantes. Como sinalizam Lima e Verdi (2005), trata-se de territórios historicamente marcados pela precariedade da atenção médica em seu cotidiano.

O provimento de médicos do PMM favoreceu a qualificação da atenção primária na Estratégia de Saúde da Família (ESF). A saúde da família é descrita

como uma estratégia de consolidação de um novo modelo de assistência da Atenção Primária à Saúde (APS), que, por sua vez, é a porta de entrada para o SUS e constitui um nível essencial do cuidado integral, desenvolvendo ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde. A organização das ações da APS, segundo a ESF, é direcionada à criação de vínculo e cuidado longitudinal (BRASIL, 2006).

No sentido de consolidar o novo modelo de assistência à saúde, foi criado o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf), com o objetivo de apoiar a ESF, ampliar e aumentar a resolutividade da APS. Esse núcleo é formado por equipe multiprofissional, composta por terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, fisioterapia, assistente social, médicos, educador físico, psicólogo, nutricionista. Dentre as áreas estratégicas de atuação do Nasf e da ESF na APS, está a demanda de saúde mental, que, segundo dados relativamente recentes (BRASIL, 2010), só vem aumentando ultimamente, e significativamente, nos últimos tempos.

Os sofrimentos emocionais e os transtornos mentais afetam milhares de pessoas. No Brasil, a prevalência de transtorno mental comum (TMC) na população em geral é de 29,9%, chegando a 38% nos usuários atendidos na APS (GOLÇALVES, TELELBON & KAPCZINSKI, 2008; ROCHA et al., 2010). O TMC se caracteriza por sofrimento difuso e sintomas somáticos inespecíficos, como: cansaço, dor no corpo, sintomas depressivos e ansiosos, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração, insônia, dentre outros (SKAPINAKIS et al., 2013; GOLÇALVES et al., 2008; VALLA, 2001).

A APS tem proximidade com a família, a comunidade, e se apresenta como um recurso estratégico para o enfrentamento de importantes problemas de saúde pública, como as diversas formas de sofrimento psíquico (BRASIL, 2005). O documento da Reforma Psiquiátrica e Saúde Mental do Ministério da Saúde afirma haver um componente de sofrimento subjetivo associado a toda e qualquer doença, atuando, às vezes, como entrave a práticas preventivas ou mais saudáveis de vida (BRASIL, 2005).

As mencionadas expressões de sofrimento são comumente encontradas na atenção primária e nas comunidades como uma importante demanda da Estratégia de Saúde da Família, e do serviço. Entretanto, esses sofrimentos emocionais são

pouco acolhidos e compreendidos pelos profissionais de saúde, que não associam ou têm dificuldades para avaliar a relação direta e fundamental desse sofrimento com as dimensões e contextos individuais, grupais e sociais e com as histórias de vida de cada indivíduo (FORTE; VILLANO; LOPES, 2008). As ações de cuidado de saúde mental na atenção primária têm alto potencial de efetividade pela proximidade no território e na comunidade; entretanto, ainda existem lacunas entre a demanda da população e a forma de lidar dos profissionais.

Manejar essas situações, no dia a dia da APS, constitui, muitas vezes, um desafio para os profissionais da saúde, que demonstram dificuldade e até certo temor em lidar com questões de sofrimento mental. Dentre os fatores que explicam essa lacuna, podemos citar a formação e as práticas centradas na doença e no modelo biomédico.

O presente estudo se inicia com um panorama das bases do SUS e da Atenção Primária à Saúde. Discorreremos sobre os desafios da atenção primária e o Programa Mais Médicos; faremos uma breve abordagem da história do transtorno mental; apresentamos o conceito de transtorno mental comum e sua relação com a atenção primária. Analisamos, a seguir, como o médico estrangeiro, que tem formação e registro profissional no exterior, lida com as situações relacionadas com a saúde mental, mais precisamente, com o transtorno mental comum, na APS, e como as interpreta. Este trabalho toma como ponto de referência a perspectiva dos médicos, partindo das concepções e dos modos de intervenção na APS. Além disso, o entendimento sobre o assunto permite discutir a abordagem psicossocial, os conceitos e recursos terapêuticos utilizados no cuidado do sofrimento mental.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 BASES DO SUS E ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE

“Cuidar é mais que um ato; é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro”.

Leonardo Boff

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi aprovado pela Constituição Federal de 1988 (CF-88), resultado de muito empenho e calorosos debates em torno da Reforma Sanitária, que estava em discussão na década de 1980, no Brasil (KOHN et al., 2007). O sistema tem o intuito de proporcionar acesso universal, atenção integral e gratuita ao sistema público de saúde em âmbito nacional, de tal modo que a saúde possa ser garantida como direito a todos os brasileiros indiscriminadamente e assegurada, portanto, como dever do Estado (CAMPOS, 2006).

Entende-se estar a fundamentação do SUS alicerçada em bases e princípios muito bem estabelecidos, em princípios de universalidade, equidade e integralidade como política de Estado, o que a torna menos suscetível a mudanças de governo. É um sistema que está em consonância com modelos de sistemas de saúde pública de outros países em que se verificam realidades que se assemelham, principalmente no que se refere ao acesso universal, à equidade, ao controle social e à atenção primária como gerenciadora do cuidado (MATTA; MOROSINI, 2006).

A atenção primária à saúde (APS) possui grande importância por constituir o primeiro acesso do usuário ao sistema de saúde e por atuar junto ao território e à comunidade na qual esteja inserida, expandindo e aprimorando a relação de cuidado, favorecendo maior agilidade e efetividade nas resoluções de demanda de saúde do usuário, visto que se apresenta próximo do cotidiano das pessoas. É considerada a porta de entrada para todos os demais níveis de atenção (secundário

e terciário), centro e elo de comunicação com as redes de atenção à saúde (RAS). (BRASIL, 2013; MENDES, 2012)

Entretanto, a ideia de APS se configura, historicamente, como conjunto de princípios e uma variedade de critérios voltados à organização de serviços que ampliam o conceito de saúde, até então baseado no modelo biomédico, de cunho curativo. O emprego dessa proposta tem origem no relatório Dawson, de 1920. Esse documento, elaborado pelo governo inglês, influenciou o sistema de saúde de diversos países, entre eles, o Brasil. No referido relatório, duas características primordiais deveriam constituir-se como estratégias de organização da APS:

1. a regionalização, ou seja, os serviços de saúde deveriam estar organizados para atender às diversas regiões nacionais, distribuídos em proporção ao número populacional;
2. a integralidade, que agrega o conjunto de ações preventivas e curativas, individuais e coletivas estabelecidas de acordo com cada caso.

Outro ponto importante preconizado pelo relatório é o da organização do sistema de atenção à saúde em níveis, como: centro de saúde primário, secundário, serviços domiciliares, serviços suplementares e hospitais de ensino (MARCIA e MOROSINI; BRASIL, 2005; LAGO E CRUZ, 2001). O documento, além de enumerar, também descreve as funções de cada um deles.

Lago e Cruz (2001) sinalizam que a maior parte dos problemas de saúde deveriam ser atendidos por médicos com formação em Medicina da Família, realizados pelos centros de saúde e pelos serviços domiciliares. Starfeld (1998) complementa, ressaltando que somente nos casos em que o médico de família não conseguisse resolver o problema é que os pacientes deveriam ser encaminhados para o hospital.

A I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em Alma-Ata, ex-União Soviética, em 1978, pleiteada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), representou um marco nos debates sobre os rumos das políticas de saúde em âmbito mundial. Defendeu a definição de APS numa perspectiva ampla de cuidado, centrada nas necessidades de saúde da população. De caráter universal, versava sobre a saúde

como direito humano (MENDES, 2012; OMS, 1979 apud MATTA; MOROSINI, 2006). Assim, a partir da Declaração de Alma-Ata, a APS ficou determinada como:

...cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (OPAS/OMS, 1978).

O Brasil, em sua preocupação em se alinhar com os sistemas mais evoluídos, dispôs-se, pelo menos em tese, a rever o conceito até então vigente, substituindo-o por um mais abrangente, que incluía a “prática preventiva”, tão ou mais importante que o tratamento curativo. Para tanto, incorporou as ideias reformistas do movimento sanitário às concepções da APS propostas em Alma-Ata, reorientando o modelo assistencial (BRASIL, 2012).

Isto impunha fixar novos direcionamentos de acordo com a ampliação do conceito de saúde. Os novos objetivos da saúde na atenção primária deveriam voltar-se às necessidades específicas de cada comunidade, primando por intervenções que contemplassem a cultura e os aspectos econômicos e sociais de cada localidade (BRASIL, 2005; WHO, 2008), uma vez que a CF-88, em seu art. 198, estabelecia que o sistema de saúde, para atender a todo cidadão, já que a ele se aplicavam todos os direitos constantes do artigo 5, deveria ser regionalizada e hierarquizada, com preferência à municipalização, obedecendo ao critério da descentralização. Isto requeria uma rede de serviços para atender aos princípios da universalidade, igualdade, intersetorialidade ou integralidade, qualidade, equidade e participação social (SÃO PAULO, 2010).

O critério da descentralização, que deveria atingir todos os municípios e localidades do país, foi interpretado pelo Ministério da Saúde (MS) como

oportunidade e direito de participação da comunidade na formulação, controle e fiscalização dos serviços de saúde, como forma de aplicação das modalidades estabelecidas na Lei Orgânica da Saúde n. 8.080, de 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 2005; SÃO PAULO, 2010).

O slogan “Saúde é democracia”, marca da Reforma Sanitária Brasileira, é a tradução da cultura no contexto social e histórico em que ela se expressa, e também um dispositivo para a produção de novas culturas, mais sensíveis à diversidade, ao coletivo e à própria democracia (FERLA; MATO, 2012)

Assim, o SUS desenvolveu-se dentro de um contexto de abertura democrática marcada pela ideia de participação social e controle social, organizando-se em níveis de atenção, conforme a complexidade e a densidade tecnológica dos serviços caracterizados. Entre as práticas de saúde pública para a efetivação da proposta do SUS, foi elaborada pelo Ministério da Saúde a atenção primária em saúde, inspirada no que havia sido proposto em Alma-Ata. A atenção primária constitui o primeiro nível de atenção à saúde e faz parte das prioridades políticas apresentadas pelo ministério e aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde (VIANA & POZ, 2005).

A proposta do SUS, de priorizar a atenção primária, compreendia transformação em estruturas, conceitos, organização e práticas de atuação da saúde, de acordo com o previsto na já citada reunião de Alma-Ata. A descentralização, conjugada ao atendimento de todo cidadão em sua comunidade (princípio da integralidade), exigia que os serviços de saúde fossem efetuados por um trabalho em equipe, capacitados para acolher, detectar, resolver, bem como, quando necessário, direcionar os usuários aos serviços especializados (BRASIL, 2005; BRASÍLIA, 2011).

Com o intuito de ampliar o atendimento e a cobertura populacional, além de consolidar a política da APS no SUS, foram criados o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) e a Estratégia de Saúde da família (ESF), visando a organizar e a atender aos habitantes de determinado território e comunidade, com base no cuidado integral; garantir atendimento contínuo para melhor analisar e atender as necessidades específicas de indivíduos, família e grupos, em função de características sociais, sanitárias e epidemiológicas, priorizando ações de prevenção e promoção da saúde. Para isso, incorporava-se o trabalho de equipe multiprofissional, composta por um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar

de enfermagem e de seis a doze agentes comunitários, um dentista e um auxiliar de consultório odontológico (MENDES, 2012; VIANA & POZ, 2005).

Essa configuração legal estabelecida pela Política Nacional de Atenção Básica (Pnab), pretendia reordenar o modelo assistencial no Brasil, ampliar a atenção ao cuidado, com enfoque longitudinal, e aproximar as pessoas do serviço de saúde e o serviço de saúde das pessoas. Para isso, era necessário rever e modificar as práticas de saúde, limitadas a uma visão mecanicista e biomédica, e introduzir ações que primassem por um cuidado mais humanizado e integrado entre equipe, usuário e comunidade. Para dar sustentação a essa proposta, foi criada em 2003, pelo SUS, a Política Nacional de Humanização (PNH), que determinou novos arranjos nas relações de trabalho entre equipes e entre equipe e usuários (BRASIL, 2009; 2013; BRASÍLIA, 2011).

A PNH incentivava o desenvolvimento de processo de trabalho numa perspectiva relacional e coletiva, valorizando a gestão participativa no serviço; estimulando o atendimento que contemplasse a relação de vínculo, acolhimento e comunicação entre pessoas e grupos, aproximando-os do serviço e minimizando o isolamento e as relações de poder. Assim, fazendo com que os diferentes profissionais da equipe, bem como as diferentes especialidades e práticas de saúde reconhecessem todo o arcabouço de experiências daqueles que por eles fossem assistidos, compreendendo que nessa lógica de união e troca de saberes, sob alicerces da singularidade, a produção de saúde se daria de forma mais efetiva, participativa, o resultado seria um cenário de corresponsabilidade dos diversos atores (BRASIL, 2009; 2013).

Apesar dos vários esforços para legitimar a APS e da potência da ESF como estratégia de consolidação da atenção primária com força para aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos do SUS, muitos desafios e limitações ainda precisam ser superados para que a teoria possa, de fato, ser transposta para a prática e as debilidades, corrigidas. Entre as incongruências, encontra-se: a distribuição desigual de profissionais no território brasileiro, em especial do médico, com forte concentração em estados mais desenvolvidos e em capitais; a centralidade do cuidado na figura do médico que, nas consultas de curta duração, ao valorizar cada vez mais o conhecimento científico, fragmenta o corpo em órgãos e

doenças. Consequentemente, não reconhece, e tão pouco contempla o indivíduo em todos os seus aspectos subjetivos e singulares, assim como entende a saúde como ausência de doença, reduzindo o atendimento a aspectos meramente procedimentais (BRASIL, 2012).

Outro aspecto importante são os desafios de viabilidade da APS, pela ausência de profissionais médicos que mereçam atenção. Este aspecto será abordado mais adiante. Uma necessidade, que se apresenta como prioridade.

2.2 O DESAFIO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA E O PROGRAMA MAIS MÉDICOS

... que a importância de uma coisa não se mede com fita métrica nem com balança nem barômetros etc. Que a importância de uma coisa há que ser medida pelo encantamento que a coisa produza em nós”.

Manoel de Barros

Um sistema público de saúde resolutivo deve assegurar atendimento a todas as necessidades sociais de saúde da população, atentando para os diversos fatores e determinantes sociais que afetam e impactam a saúde como um todo. Também se deve valer de políticas públicas para garantir o que determina a constituição brasileira (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

De acordo com Organização Mundial da Saúde (OMS), os determinantes sociais referem-se às condições em que as pessoas vivem e trabalham, considerando-se os aspectos econômicos e culturais, os valores, os fatores étnicos/raciais, o gênero, a idade, o estilo de vida e as vulnerabilidades, dentre outros (WHO, 2008; SANTOS; COSTA; GIRARDI, 2015). Para Almeida Filho, é importante mobilização política no sentido de promover igualdade na pluralidade, a fim de reduza as diferenças, as desigualdades e as iniquidades econômicas, sociais e de saúde (ALMEIDA-FILHO, 2011). Para enfrentar esses determinantes sociais da

saúde, era preciso organizar os serviços de saúde, dentre os quais o acesso ao atendimento médico.

Na proposição da Política Nacional de Atenção Básica (Pnab), concebida em 2011, pelo Ministério da Saúde, foram descritos os principais desafios da Atenção Primária à Saúde e as ações que buscavam intervir nos seus condicionantes a fim de qualificar e legitimar o desenvolvimento da atenção primária como porta de entrada para SUS.

O Programa Mais Médico (PMM) é um programa lançado pelo governo da presidente Dilma Rousseff, articulado com estados e municípios, implantado no Brasil, em 2013, como forte contributo aos esforços para aprimorar e consolidar a Pnab. Com o programa instituiu-se uma série de medidas emergenciais para combater as desigualdades de acesso à atenção primária, como melhoria de infraestrutura da rede de saúde e provimento de médicos em áreas descoberta. Propôs também reformas educacionais no curso de medicina e residência médica. Assim, pela Lei nº 12.871, de 22/10/2013, foram selecionadas três frentes estratégicas:

1. mais vagas e novos cursos de medicina baseada em diretrizes curriculares revisadas;
2. investimento na construção de unidades básicas de saúde;
3. provimento de médicos brasileiros e estrangeiros em municípios com áreas de vulnerabilidade - estratégia como medida de urgência e de curto prazo (MS, 2015).

Para esse provimento emergencial, o programa distribuiu 14.462 médicos brasileiros e estrangeiros em 3.785 municípios. As vagas para o PMM eram destinadas, primeiramente, aos médicos brasileiros com registro no Brasil, que ocuparam 45% delas; as vagas remanescentes - 55% - foram preenchidas por meio de acordo de cooperação com organismos internacionais. O Brasil firmou cooperação com a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), ligada à OMS. A Opas, por sua vez, estabeleceu cooperação com o governo cubano, que disponibilizou médicos com experiência e formação para atuar na APS (MS, 2015).

As regiões e localidades classificadas como prioritárias para o programa foram as que tivessem percentual elevado de população em extrema pobreza e/ou

baixo índice de desenvolvimento humano ou regiões muito pobres; o semiárido e as regiões amazônicas, as áreas com população indígena e quilombola; locais com grande dificuldade de atrair e fixar profissionais, dentre outros. Fica claro, pelos dados numéricos acima, a importância e a grande iniquidade existente no país. (CAMPOS; MACHADO; GIRARDI, 2009; MS, 2015).

Cabe ressaltar que o surgimento desse programa se deu após amplo debate público e intensa oposição e crítica da categoria médica, sobretudo em relação à vinda de médicos cubanos – muito deles negros. Muitos desses profissionais foram rejeitados e rechaçados por médicos brasileiros, com ditos ofensivos e preconceituosos logo de sua chegada ao Brasil (VILLEN, 2018). Apesar da acentuada pressão, o Supremo Tribunal Federal (STF) entendeu a prioridade e legitimidade do programa para atender às necessidades de saúde da população, em especial das comunidades mais afastadas e com maior vulnerabilidade (NOTÍCIA/STF, 2017).

Os desafios apresentados antes do PMM refletiam todo um contexto vigente de iniquidades na saúde, presente no Brasil até 2012, apesar dos vários esforços e da criação de políticas para sanar as debilidades existentes. Em 2011, uma ação conjunta do Ministério da Saúde (MS) e do Ministério da Educação, com a criação do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (Provab), exemplifica bem essa iniciativa. Esse programa, anterior ao PMM, teve como objetivo alocar profissionais da saúde, especialmente médicos, para áreas de vulnerabilidade, integrada a formação supervisionada e a critérios de valorização para o ingresso na residência médica, o que atraiu um considerável número de profissionais. Os interessados, entretanto, não foram suficientes para atender à grande demanda nos municípios brasileiros (MS, 2015).

Inúmeras pesquisas, porém, apontavam marcas relevantes de desigualdade em regiões do país e escassez de acesso e cuidado médico, principalmente em regiões mais longínquas, de difícil acesso, além das periferias das grandes cidades. Como apontou o estudo de Índice de Escassez de Profissionais de Saúde, realizado pela Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/UFMG), as Regiões Norte e Nordeste eram as mais afetadas pela ausência significativa de médicos. Similar

índice foi encontrado quando comparado com a disponibilidade nas capitais e no interior dos estados (EPSM/UFMG, 2012; GIRARDI et.al., 2016).

A escassez de médicos nos serviços de saúde, de modo geral, é pauta de reivindicação da população como um todo. Foi o que demonstrou um estudo elaborado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), segundo o qual 58% das pessoas entrevistadas apontavam que para um melhor atendimento no SUS era preciso haver um aumento no número de médicos nos serviços de saúde (MS, 2015).

Além das várias evidências de carência de médicos no atendimento à população, outro dado de relevância era a má distribuição desses profissionais no território brasileiro, confirmando-se que as regiões mais pobres, com precárias condições sociais, econômicas e sanitárias, eram as mais prejudicadas. A alta rotatividade desses profissionais na composição nas equipes de estratégia de saúde da família representava outro complicador, tanto para o usuário, que não conseguia estabelecer vínculo e perdia na continuidade e integralidade do tratamento, quanto na desmobilização e desmotivação da própria equipe (MS, 2015).

Essa desproporção de médicos na APS também era resultado de um número inferior de médicos formados pelas escolas médicas, do alto número de egressos, das poucas vagas disponibilizadas, da falta de profissionais formados em medicina da família. Outro agravante era a restrição para a atuação dos médicos formados no exterior, fossem eles brasileiros ou estrangeiros. A baixa valorização dos profissionais da atenção primária, em vista dos grandes interesses políticos e econômicos, e a alta carga de trabalho também representavam um desafio na escolha desses profissionais para atuação na atenção primária. Segundo estimativas da OMS, de 2003 a 2012, houve um déficit de 50 mil médicos, quando comparadas a demanda e a oferta desses profissionais no mercado de trabalho (BRASIL, 2015).

Como se verifica, o Programa Mais Médicos surge como um programa emergencial, em meio a um cenário crítico, e se desenvolve em resposta a essas alarmantes situações que dificultavam os avanços no SUS. Representou um progresso em termos de celeridade, abrangência e equiparação da cobertura de

médicos nas regiões carentes e um fomento para a abertura de novas vagas no curso de medicina.

Outro aspecto que merece atenção, e será abordado mais adiante, são as questões de transtorno mental. Uma necessidade que se apresenta como prioridade, diante da alta prevalência de casos na APS e um desafio para os profissionais da ESF.

2.3 COMPREENDENDO O TRANSTORNO MENTAL

“E aqueles que foram vistos dançando
foram julgados insanos por aqueles que
não podiam escutar a música.”

Friedrich Nietzsche

2.3.1 Incursão no tempo

O termo transtorno mental, aqui considerado, outrora foi sinônimo de loucura, refletido no cotidiano e na história como um fenômeno essencialmente humano, presente desde os mais remotos tempos em diversas civilizações e épocas. Sua concepção é atravessada por um processo contínuo de importantes transformações sustentado por contexto político, social, cultural e ideológico das sociedades vigentes, construído sob os mais diferentes processos e pontos de vista que influenciaram todo um pensamento, práticas e intervenções voltadas a esse grupo (PACHECO, 2009). Como considera Jacques (2002), “todos os acontecimentos presentes possuem relações com fatos passados. O processo histórico é contínuo, mas não linear”.

No transcurso da história, as experiências de pessoas com transtorno mental percorreram um longo caminho, sob as mais variadas dimensões e compreensões, que remetem à filosofia grega, refletida como campo de saber sobre a natureza humana, à idade clássica, marcada tragicamente pela exclusão e estigma, passando ao desumano aprisionamento da loucura nos hospitais psiquiátricos sob o modelo manicomial e ditames da racionalidade médica cartesiana, até chegarem às transformações da Reforma Psiquiátrica e à desinstitucionalização que serviu como guia e orientação ao novo modelo assistencial à saúde mental (AMARANTE, 1995;

PACHECO, 2009). Os caminhos da loucura, a representação no imaginário social, a construção do estigma, as articulações específicas de tratamento impactaram e, ainda hoje reverberam, no cotidiano, na vida e na autonomia dos sujeitos que por ela são acometidos. Da mesma forma que na implementação de políticas públicas, assim acontece com a atual política de saúde mental.

Até os anos 70, o modelo de assistência à saúde mental no Brasil era predominantemente baseado em hospitalização e no asilamento do doente mental, que, internado em manicômios, sobrevivia em precárias condições sanitárias, em péssimas e violentas condições de vida, destituído do direito à cidadania e isolado do convívio social por representar uma ameaça à ordem e à moral vigentes. No final dos anos 70, conjuntamente com o Reforma Sanitária, sob forte influência europeia e intensos debates e mobilização social por parte de usuários, familiares e profissionais da saúde, tem início o movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil, permitindo mudanças nos modelos de atenção, com forte inserção territorial, criação de novos dispositivos e práticas de saúde, como a rede de atenção à saúde mental (AMARANTE, 2009; BRASIL, 2005). Outra importante ação que contribuiu para impulsionar o movimento antimanicomial no Brasil foi, em 1990, com a Declaração de Caracas, que destacava a necessidade de os serviços de atenção primária estarem articulados à atenção psiquiátrica (MS, 2005).

Com a Reforma Psiquiátrica, além das mudanças no modelo de atenção à saúde mental e a criação de diversos dispositivos institucionais, como os centro de atenção psicossocial (CAPS), os serviços de residências terapêuticas (SRT), os centros de convivência (CECO), as redes de atenção à saúde (RAS), dentre outros coordenados pela Atenção Primária à Saúde (APS), a atenção à pessoa com transtornos mentais ganhou respaldo pela política pública formulada pela Lei 10.216/2001, que implanta a Política de Saúde Mental, determinando o pleno exercício da cidadania do usuário e configurando novas intervenções e cuidados em saúde mental com vistas ao modelo psicossocial (BRASIL, 2013; SANTOS, 2012).

Na Atenção Primária à Saúde, a formulação de intervenções em saúde mental é construída no dia a dia das interações entre profissional e usuário, no território do cuidado, de modo que as relações possam propiciar vínculo, confiança, corresponsabilização e compartilhar de estratégias que favoreçam a construção

conjunta e orientada da produção de vida e saúde, bem como para o desenvolvimento da autonomia dos sujeitos, de modo a garantir a continuidade, a adesão ao tratamento e a reinserção social (BRASIL, 2013; BRASÍLIA, 2011).

A perspectiva de cuidado e território na APS vai muito além de um espaço geográfico e de organização da atuação da ESF; envolve também dimensões do campo subjetivo, que nos permite “olhar, ouvir a vida que pulsa neste lugar” (LIMA & YASUI, 2013) com todas as suas nuances e a complexidade de ser, ter e se fazer existir pelas relações e práticas cotidianas, ou seja, nas experiências vividas, sentidas, percebidas e significadas em seu meio. A noção de território-vivo do geógrafo Milton Santos também nos leva a compreender o lugar do território, não como um espaço estático, mas como um espaço dinâmico, vivo, permeado por inter-relações, concebidas a partir das relações sociais, das formas de poder que se exercem sobre a vida, os processos econômicos e políticos, dando-nos uma conotação dos processos de subjetivação existentes. Outra concepção muito utilizada na saúde é o conceito de territórios existenciais do filósofo Guattari (1990), que reporta tanto aos espaços subjetivos individuais, como aos de grupos, que se dão a partir das relações que as pessoas e/ou grupos estabelecem entre si. Neste sentido, integrar essa compreensão no trabalho em saúde, principalmente em saúde mental, implica um deslocamento nos territórios existenciais dos próprios profissionais de saúde, a fim de permitir uma relação de cuidado mais humana, abrangente, despida de estigmas e preconceitos (BRASIL, 2013; LIMA & YASUI, 2014).

Dessa maneira, o cuidado em saúde e em saúde mental deve ser prestado de maneira integral, compreendendo o sujeito em todos os seus aspectos biopsicossociais e existências, pois, como destaca Heidegger, citado por Ayres (2004), o “cuidado é uma reconstrução constante de si mesmo e do mundo”, não devendo a atuação dos profissionais da saúde, inclusive do médico, ficar restrita a técnicas, exames, medicações e diagnósticos comuns, a um olhar pautado meramente na doença, mas num “cuidado à saúde interessado no sentido existencial da experiência do adoecimento físico, mental e nas práticas de promoção, proteção e recuperação da saúde”(AYRES, 2004). Mudar o olhar da doença para o cuidado, para o sujeito, para a ressignificação e alívio do sofrimento,

considerando sua história e contexto de vida, aponta na direção de ações e práticas mais resolutivas de saúde mental.

Inúmeras pesquisas no Brasil e no mundo tratam do transtorno mental encontrado na atenção primária, com grande prevalência para o Transtorno Mental Comum (TMC) (ANDREOLI, 2007; FORTES et.al., 2008). Um estudo do Ministério da Saúde mostra que 3% da população apresenta, de modo geral, transtornos mentais severos e persistentes; mais de 6% da população sofre de transtornos psiquiátricos graves por uso de álcool e outras drogas e 12% da população requer algum atendimento em saúde mental, seja de modo contínuo ou esporádico (MS, 2010; ANDREOLI, 2007). Contudo, Villano et al. (apud ANDREOLI, 2007) destacam que apenas 36% dos casos de TMC são identificados pelos médicos. Para Kohn et al. (2007), há uma maior prevalência de TMC nas classes sociais mais baixas, com maior vulnerabilidade social. Lopez e Murray (1998) verificaram que os transtornos mentais são responsáveis por mais de 12% das condições de incapacidade física e por 1% da mortalidade no mundo.

Neste sentido, a promoção, o cuidado, a atenção à saúde mental pela Atenção Primária, conforme preconizam a Política de Saúde Mental e a Lei da Reforma Psiquiátrica são imprescindíveis, e portanto, fundamentais, vista a crescente demanda no serviço e a importância deste equipamento para o acesso, o reconhecimento e o acolhimento dos diversos casos em saúde mental, já que uma de suas principais ferramentas de trabalho em saúde diz respeito à relação e ao vínculo.

2.4 TRANSTORNO MENTAL COMUM E ATENÇÃO PRIMÁRIA

“Quem não compreende um olhar,
tampouco compreenderá uma longa
explicação”

Mário Quintana

O transtorno mental comum (TMC) foi definido primeiramente por Goldberg e Huxley, em 1992, e, posteriormente, nomeado por Valla (2001) como sofrimento

difuso. Diz respeito aos casos de transtorno mental não psicótico que se manifestam por queixas somáticas inespecíficas, tais como: dor no corpo, dor de cabeça, insônia, sintomas gástricos, fadiga, sintomas depressivos e ansiosos, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração, nervosismo, dentre outros. É um sofrimento que não possui uma causa orgânica específica, não sendo classificada nos diagnósticos médicos, nem descrita na DSM-IV, estando vinculada a fatores de natureza psíquica e social (GOLBERG; HUXLEY, 1992; MOREIRA, et al., 2011; FONSECA, 2006).

Essas expressões de sofrimento são comumente encontradas na atenção primária e nas comunidades como uma importante demanda da Estratégia de Saúde da Família e do serviço. Diversas pesquisas revelam que cerca de 50% dos usuários atendidos na APS apresentam esse sofrimento emocional, dos quais 35% precisam de cuidado mais intensivo e 20% a 30% apresentam remissão natural dos sintomas quando auxiliados pela equipe de saúde. Entretanto, esses sofrimentos emocionais são pouco acolhidos e compreendidos pelos profissionais de saúde, que não associam ou têm dificuldades de avaliar a relação direta e fundamental desse sofrimento com as dimensões e contextos individuais, grupais e sociais e com as histórias de vida de cada indivíduo (FORTE; VILLANO; LOPES, 2008).

A literatura aponta forte influência dos determinantes sociais nas causas dos transtornos mentais comuns, assim como vários estudos reforçam sua associação com condições sociais como: pobreza, baixa escolaridade, desemprego, violência doméstica, precarização geral do trabalho, violência social como fatores de risco (PATEL, 2003; LORANT, 2003; VASCONCELOS E MORGADO, 2005). Também foi identificado, em pesquisa, por Fortes (2004) e Anselmi et. al. (2008), maior vulnerabilidade ao sofrimento mental comum por parte do sexo feminino, sendo ainda maior entre as mulheres negras e pardas e entre as de baixa renda.

Guimarães et. al. (2005) destacam como as questões de vulnerabilidade social e alguns acontecimentos marcantes vivenciados por cada pessoa ou grupo, seja no presente ou ao longo da vida, podem preceder a manifestação do sofrimento. Observaram que, após uma noite de tiroteios, aumenta a procura pelas unidades de saúde. As pessoas chegam com queixas de pressão alta, falta de ar, palpitação cardíaca, hemorragias em grávidas, vômito em crianças, dores no corpo, mal-estar

generalizado. Essas demandas, principalmente de cansaço, mal-estar, dor no corpo que o sujeito não sabe muito bem explicar onde se encontra, mas sente e sente profundamente, por inteiro, no corpo como sensação, muitas vezes de “bolo na garganta”, “tremura nas carnes”, “nervos abalados”, “peito apertado”, e que causa grande angústia, são situações comuns, vivenciadas no dia a dia dos serviços de saúde. É frequente que as pessoas relatem alguma situação vivida, mas não a associam aos sintomas sentidos, cabendo ao profissional de saúde auxiliar (GUIMARÃES et al., 2005; MENEZES, 2017). Alguns artigos mostram que, muitas vezes, o que torna esses acontecimentos marcantes é o desdobrar de sentimentos de humilhação (separação conjugal, ter um filho preso, que use drogas ou que tenha parou de estudar, dívidas, ser despejado), sentir-se sem saída, impotente, frustrado (quando do diagnóstico de uma doença grave, tentativa fracassada de mudança de emprego ou de mudança de uma relação abusiva, perda de uma relação significativa), sensação de medo (violência urbana, violência doméstica) (BROWN; HARRIS, 1978; HARRIS, 2000; BROWN, 2002).

Todavia, o usuário que chega para o atendimento médico com essas queixas de sofrimento emocional, queixas não descritas no manual de diagnóstico clínico, são, por vezes, identificados como pacientes poliqueixosos, psicossomáticos (ALMEIDA, 1987 apud FONSECA, 2007) e acabam sendo negligenciados em sua real necessidade de acolhimento, escuta e apoio. Há evidências que comprovam que o TMC, mesmo sendo de menor gravidade, causa enorme prejuízo, significativo sofrimento, com prevalência para agravos à saúde, como doenças cardíacas, diabetes e doenças cerebrovascular (BRASIL, 2013).

De fato, é fundamental, principalmente, na Atenção Primária à Saúde, ampliar o olhar, deslocar o foco da doença para o cuidado, para o sujeito, para os sentidos e significados envolvidos na vida, suas expressões de sofrimento que pulsam e transbordam na necessidade de uma compreensão, alívio e necessidade de dar sentido existencial e de lidar com o seu sofrimento. Considerar a pessoa e não a doença como ponto de partida permite uma compreensão do cuidado mais integral, de um cuidado como projeto existencial – um “cuidar de si” e, assim, auxiliar na busca por intervenções e práticas de saúde que contemplem ao mesmo tempo a diversidade e a singularidade de cada pessoa ou grupo num processo terapêutico

conjunto (AYRES, 2004).

Cabe ressaltar que a noção de cuidado, aqui referida, baseia-se nas concepções heideggerianas citada por Ayres (2004), que propõem um cuidado como “o ser do homem, numa referência a essa “curadoria” que se está sempre exercendo sobre a própria existência e a do próprio mundo, nunca como ato inteiramente consciente, intencional ou controlável, mas sempre como resultado de uma autocompreensão e ação transformadora”.

Diversos artigos, no entanto, retratam as dificuldades dos profissionais de saúde e dos serviços em acolher e manejar essas demandas de sofrimento por uma não compreensão do diagnóstico, por uma formação fundamentalmente biomédica, crescente prescrição de psicofármacos, principalmente benzodiazepínicos, que produzem dependência, dentro de um atendimento individualizante, sem vínculo, distante da contextualização do sofrimento e sem uma corresponsabilização por parte do paciente, que não entende a importância do cuidado para consigo mesmo (FONSECA, 2004; SILVEIRA, 2003).

Assim, os desafios do serviço de atenção à saúde mental da equipe de saúde e, principalmente, do profissional médico da ESF, além de todas as questões levantadas anteriormente, é cuidar daqueles que estão doentes, mas não sofrem com a doença, dos que sofrem, mas não apresentam uma doença orgânica. É deslocar-se da perspectiva cartesiana de separação corpo e mente e entender a inter-relação dessas dimensões com as formas de ser e estar na existência humana, enfrentando tantas adversidades e injustiças. É sair da centralidade do cuidado, da zona de segurança que o embasamento teórico, as técnicas e o consultório nos dão para permitir adentrar o território do desconhecido, que é o outro; é se encontrar no lugar humano que, ao mesmo tempo que afeta, é afetado por cada encontro e escuta, pois reconhece que, como humano, suas histórias, seus medos e potenciais sofrimentos também estarão lá quando estiver em contato com cada paciente. Desse modo, é possível estabelecer um espaço terapêutico de fato mais efetivo e humanizado, que dialoga tanto com os conhecimentos técnicos e não técnicos e, ao mesmo tempo, leva o profissional de saúde a se lembrar de seu papel na produção de vida (BRASIL, 2013; AYRES, 2004).

3 OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GERAL

Estudar as práticas de cuidado em saúde mental do médico intercambista de Valparaíso de Goiás.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Analisar como lidam e interpretam as situações relacionadas com a saúde mental na APS.
2. Descrever os recursos terapêuticos utilizados no cuidado ao sofrimento mental.

4 METODOLOGIA

4.1 ABORDAGEM

Trata-se de um estudo de campo exploratório, de natureza qualitativa, com enfoque no construcionismo social que permite compreender os processos do cotidiano, por meio do quais as pessoas descrevem, explicam ou dão conta do mundo em que vivem para atribuir sentido a ele, incluindo, a si mesmas (GERGEN, 1985; SPINK, 2010). Esse trabalho é um recorte do projeto de pesquisa (Pibic) intitulado “Construção social de saberes e práticas - experiências dos médicos do Programa Mais Médicos em Valparaíso de Goiás” sob a responsabilidade da pesquisadora Josenaide Engracia dos Santos, no qual participei como assistente de pesquisa e com financiamento do CNPq. Durante o PIBIC a temática saúde mental emergiu nas narrativas dos médicos intercambistas como uma demanda prioritária na APS, em Valparaíso de Goiás.

4.2 CENÁRIO DE ESTUDO

O cenário de estudo é na unidade de ESF no município de Valparaíso de Goiás, região no entorno do Distrito Federal. É um município que compõe a Região

Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno (Ride). Foi fundada em 1995, mas sua história vem desde 1957. De acordo com relatório da Organização das Nações Unidas (ONU), foi apontada como uma das cidades mais violentas, com maiores taxas médias de homicídios e de óbitos por arma de fogo entre os anos de 2010 e 2012. É uma das cidades que mais crescem em população no Brasil, sem que as condições de infraestrutura, educação, transporte, segurança e saúde consigam acompanhar. A rede de saúde de Valparaíso de Goiás conta com 30 unidades básicas de saúde (UBS); 1 centro de referência em reabilitação; 1 centro de atendimento integrado da mulher; 1 centro de atendimento integrado à saúde (CAIS)

4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Os participantes da pesquisa são um grupo de dez médicos do Programa Mais Médicos (PMM), todos de nacionalidade cubana (cinco do sexo feminino, idade média entre 35 anos, formada há mais de três anos, cinco do sexo masculino, idade média de 45 anos, formados há mais de seis anos), que trabalham em unidades de saúde de diferentes regiões carentes do município de Valparaíso de Goiás. O total de entrevistados foi definido por se entender que esse número seria relevante para o objetivo do estudo, visto que a compreensão aprofundada, neste caso, é mais significativa do que a representação numérica.

4.4. CRITÉRIO DE INCLUSÃO

Ser médico intercambista, ou seja, aquele que, independente da nacionalidade brasileira ou estrangeira, tem registro profissional no exterior e trabalhar na Estratégia de Saúde da Família há mais de um ano.

4.5 INSTRUMENTO DE PESQUISA

O instrumento utilizado foi a entrevista semiestruturada, que possibilita obter os dados de uma maneira mais ampla e com profundidade, evitando-se perguntas que pudessem induzir a supostas respostas. É um instrumento que tem propiciado

um diálogo de maior flexibilidade com o entrevistado, dentro de um espaço descontraído que fornecia liberdade de expressão.

4.6. COLETA DOS DADOS

As entrevistas foram realizadas no próprio serviço, em um único encontro, sendo registradas em áudio-gravado e, posteriormente, transcritas na íntegra.

4.7. ASPECTOS ÉTICOS

A identificação dos entrevistados foi mantida em sigilo; cada um deles foi nomeado pela letra M, seguida de um número correspondente à ordem das entrevistas. Todos que aceitaram participar do estudo assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

4.8. ANÁLISE DOS DADOS

Após a transcrição das entrevistas, foi feita a análise dos dados, utilizando-se a técnica denominada mapa de associação de ideias, que, de acordo com Pinheiro (2013), é um instrumento de visualização que tem duplo objetivo: dar subsídios ao processo de interpretação e facilitar a comunicação dos passos subjacentes ao processo interpretativo. A construção do mapa inicia-se pela definição de categorias gerais, de natureza temática, que refletem, sobretudo, os objetivos da pesquisa. Nesse primeiro momento, constituem formas de visualização das dimensões teóricas. Busca-se organizar os conteúdos a partir dessas categorias, preservando a sequência das falas, evitando, dessa forma, descontextualizar os conteúdos e identificar os processos de interanimação dialógica a partir da esquematização visual da entrevista como um todo, ou de trechos selecionados da entrevista. Para a consecução desse objetivo, o diálogo é mantido intacto – sem fragmentação –, sendo apenas deslocado para as colunas previamente definidas em função dos objetivos do estudo (SPINK & MEDRADO, 2013).

5 RESULTADOS

Dos participantes da pesquisa, cinco eram do sexo masculino, idade média de 45 anos, formados há mais de seis anos, três dos quais com experiência em missão na Venezuela. Cinco do sexo feminino, idade média entre 38 anos, formadas há mais de três anos; delas, apenas uma esteve em missão na Venezuela. Da análise das entrevistas surgiram os seguintes temas: Lidam com a saúde mental e a interpretam; Recursos terapêuticos no cuidado à saúde mental.

O fato de os profissionais serem todos cubanos chamou a atenção para diversas circunstâncias, como a cultural, a social e a experiência pessoal que, de certa forma, influenciaram na percepção, cuidado e enfrentamento da doença mental. A formação do médico cubano baseia-se no território e na comunidade, com experiência específica na APS, além de com uma educação acadêmica que enfatiza o cuidado integral, considerando os aspectos biológicos, psicológicos e sociais dos pacientes. Nas narrativas, identificamos que os médicos prestam mais atenção aos determinantes sociais de saúde em correspondência, e sua influência no estado de saúde geral da população.

5.1 LIDAM COM A SAÚDE MENTAL E A INTERPRETAM

As narrativas dos médicos remetem que portadores de transtornos mentais demandam por profissionais especialistas. Porém, o que marca intensamente é a interpretação da saúde mental com eventos da vida cotidiana e relacional, conforme depoimentos abaixo:

Olha a gente, a gente vê que a saúde mental tem muitas coisas, em Cuba nós temos centros comunitários. A saúde mental, não é só esquizofrenia, são vários problemas que acontece dentro de casa. E quando o paciente chega que vai falando e conversando e a gente consegue resolver aqui. Já tem outras coisas que é preciso o apoio do psiquiatra, psicólogo e a gente já encaminha para o Centro de atenção

psicossocial, mas a maioria das coisas a gente resolve aqui, porque o problema mental é geralmente ocasionado por uma coisa diária da vida. Tem pessoas que não consegue falar na casa, não consegue falar com o esposo, o esposo não consegue falar com a mulher porque a comunicação é ruim. Então, chega aqui e fala com o médico, conversa com o médico e já sai se sentindo melhor. Então isso ajuda muito.

M1

Percebe-se, no discurso acima, que os médicos evitaram relacionar a saúde mental a um processo de patologização dos estados afetivos, mesmo considerando que talvez fosse necessário um cuidado especializado. Ressalta-se, na narrativa, que as situações vivenciadas fazem parte de sentimentos e situações do cotidiano das pessoas e que certa oscilação dos estados afetivos pode ser encarada sem necessariamente utilizar uma intervenção medicamentosa. O comportamento dos médicos não se pautava na racionalidade médica, mas na compreensão da necessidade de saúde e apoio dos usuários.

A narrativa dos médicos não se relacionava a determinantes biológicos, nem a números de sintomas atribuídos a determinadas síndromes e patologias. Pelo contrário, mostra que as situações de saúde mental têm relação com a dificuldade de comunicação. Para Matos (2003), a comunicação constrói a realidade; algo existe ou deixa de existir à medida que é comunicado. É por isso que a comunicação é duplamente poderosa: tanto pode criar a realidade, como pode deixar de existir pelo fato de ser silenciada.

Chamamos a atenção para o fato de os médicos pautarem o seu entendimento e sua prática na teoria psicossocial. Oliveira (2010), em entrevista com o médico cubano Raul Gil Sánchez – que foi chefe de Psiquiatria do Ministério de Saúde Pública de Cuba, destaca de sua resposta: “Y la salud mental es mucho más que enfermedad mental. Es generar bienestar, es desarrollar la espiritualidad, es mejorar calidad de vida, es cambiar estilo de vida, es enseñar a la gente a disfrutar de los pequeños detalles, de las pequeñas cosas, es que la gente sienta satisfacción por su trabajo, satisfacción por formar una familia.” É uma fala que corrobora a narrativa abaixo.

Tem pessoas que vem com problema de ansiedade, que não é especificamente uma doença como tal, entendeu? Um problema que tem na vida do dia a dia, entendeu? Vem falar com a gente para escutar conselhos, ou para essas coisas de falar. Quase tudo se resolve aqui na atenção primária. Aqui no Brasil, a pessoa tem um pouco de receio com isso, entendeu? Porque sempre chega pedindo encaminhamento, por exemplo, por doença que a gente pode resolver. Aqui tem pacientes que tem problema mental sim, mas estão controlados porque estão tomando remédios, entendeu? M3

Observa-se, na fala, a disponibilidade e o interesse que o médico cubano tem em tentar resolver, dentro de suas possibilidades, os problemas e as necessidades de sofrimento emocional dos pacientes, ali no encontro com o outro, na APS. Para isso, utiliza-se de uma sabedoria prática, com estratégias de escuta e acolhimento, respondendo à diversidade de elementos singulares sem precisar prioritariamente encaminhar o paciente a outros serviços, tomando para si a responsabilidade do cuidado. Como salienta Ayres (2004), ser responsável por algo significa questionar sobre o lugar e o papel que se ocupa diante do outro; é refletir sobre sua identidade, “em quem se é ou se busca ser” (AYRES, 2004).

O contexto social e econômico influencia na saúde mental. A organização mundial da saúde (OMS) chamou a atenção para as circunstâncias sociais que influenciam a produção da doença e sua distribuição através dos grupos de uma comunidade em situação de vulnerabilidade e risco. No caso de médicos cubanos do PMM, mesmo compreendendo o complexo emaranhado de mediações sociais, econômicas e culturais que tem consequências para a subjetividade humana, entendem ser difícil motivar esse sujeito para mudanças comportamentais em relação ao sofrimento psíquico, devido às diferenças entre os países, a uma outra cultura e a um novo território. Eventuais dificuldades no manejo dos usuários foi comentado como uma questão pessoal.

Alguns pacientes estão em situação crítica. Situação econômica difícil. Há também uma influência do sistema econômico do país, questões sociais, muita pobreza e do ambiente familiar que às vezes tem influência para a pessoa ficar com

problema mental. Um paciente que tem, por exemplo, um pai alcoólatra. É bastante difícil para nós influenciar nisso, justamente pelas diferenças entre as culturas. É difícil de lidar com isso. M7

Os médicos do PMM reiteram que questões econômicas e sociais influenciam no estado de saúde mental da população. De acordo com Ribeiro (2007), a falta de trabalho pode gerar uma vida sem significado e uma situação de vulnerabilidade social, que ocasiona uma desordem simbólica e psíquica. Estudos têm demonstrado que a situação de desemprego pode acarretar: conflito e isolamento social. Entretanto, o posicionamento acolhedor e empático é um traço marcante na relação de comunicação do médico cubano, principalmente na arte de conduzir uma conversa. Eles não apenas informam o paciente ou prescrevem medicamentos. Eles consideram sua subjetividade, seu desejo e seu anseio; ficam atentos à percepção que o sujeito tem a respeito do adoecimento. Dessa maneira, a experiência clínica/terapêutica ganha sentido para o médico e o paciente. Algumas pesquisas reportam a importância da comunicação para a adesão e continuidade do tratamento (BARLETTA et al., 2012).

Porque aqui vem muito paciente com depressão. Você sabe que o País tá passando por uma situação difícil, e de certa forma isso repercute em toda pessoa, e algumas pessoas tem uma doença de base. Mas, geralmente um nervoso é desencadeado devido a condição especificamente financeira de não ter emprego. Muito jovem que não tem a possibilidade de estudar, tem problema de confiança com eles. Eles falam no consultório. Quando saem na porta, voltam de novo, olham pra mim e me falam que fui bem na palavra. M4

Houve menção a não utilizar de forma indiscriminada a medicação como principal alternativa de tratamento. Os médicos sinalizam que é no mundo da vida cotidiana que se elaboram e se desenvolvem as ações conjuntas para lidar com a doença. O médico do PMM narra que tratar do caráter subjetivo, intersubjetivo e social das experiências de doença e cura conduz a um exame cuidadoso da

realidade cotidiana, e os usuários aprenderiam a gerenciar os seus problemas, como os da depressão e da ansiedade. Depoimento abaixo.

O que acontece, que acho é que o fato da gente morar num país de muito estresse, a gente fica tendo muitos casos de depressão, ansiedade. Ter que pagar uma conta ou uma outra, a forma de gerir os problemas e não tem quem ajude as pessoas a enfrentar os problemas da melhor maneira. Quando a pessoas não sabe enfrentar o problema, a pessoa tem depressão. Não tem trabalho e não há como pagar a conta, e eu não quero explorar, a gente ajuda aquele para não ficar dependente de medicação. Eles querem medicação mas a medicação não vai resolver, não vai tirar o problema dele, o problema irá continuar, a pessoa tem que aprender com isso, buscar uma solução certa para isso. M6

Os intercambistas interpretam a saúde mental a partir de encontro terapêutico não pautado na racionalidade biomédica, mas intermediados pelo diálogo entre médico e paciente, corroborando uma compreensão mútua do processo saúde/doença e ações de saúde que considerem as singularidades de cada sujeito em seu modo de ser no mundo e no mundo que é o seu (AYRES, 2001).

5.2 RECURSOS TERAPÊUTICOS NO CUIDADO À SAÚDE MENTAL

Os médicos relatam que a terapêutica deve ser baseada na construção de confiança, por meio da escuta, da identificação das demandas e no auxílio à resolutividade dos problemas. Compreendem a medicação como um recurso, não como único meio, sendo necessário, para sua indicação, um contexto de vínculo e escuta, pois sabem que a medicação pode criar dependência.

A elaboração do cuidado perpassa a conversa entre médicos e pacientes em estado de fragilização psíquica. A conversação é um processo de acordo que implica que os interlocutores estejam dispostos a isso, abrindo espaço para acolher o estranho e adverso, de modo a fazer intercâmbio de opiniões, chegar a uma linguagem e decisão comum, a uma corresponsabilização (GADAMER, 2005).

É assim, tratar de apoiar o paciente, pois eles chegam aqui muitos doentes e sofridos. É presente aqui na saúde da família, eles cheio de problemas com filho, marido todo dia e ai muitos usam medicação que podem dá dependência, mas procuramos conversar e dar uma confiança e eles gostam e ouvem a orientação. M4

O diálogo é a condição para acontecer o acolhimento, por meio da escuta e conversa com o paciente para que ele se sinta confiante, na resolução dos problemas apresentados por ele.

Os profissionais sinalizam que o conselho é uma forma de comunicação e interação, que pode colaborar na terapêutica do sujeito e ajudar a vida de uma pessoa. Os processos comunicacionais e as formas de interação estabelecidas no encontro entre médicos e pacientes, especialmente na atenção primária, poderiam agenciar e potencializar um deslocamento de uma “abordagem médica centrada na doença, para uma prática centrada na pessoa” (STARFIELD, 2002: 53).

Conselho. E o paciente fica muito grato porque, se você não conversa com o paciente, você não sabe como poder ajudar e como poder abordar seu problema de saúde. O paciente diz: Ô doutora mas que bom que foi conversar com você, nunca ninguém tinha falado isso que você me falou, e é muito grato, porque eu gosto demais de ajudar até todas as pessoas que precisam M6

Os depoimentos dos médicos refletem a presença de pessoas nervosas - mais de 50% do sexo feminino; a depressão e a ansiedade são sintomas mais comuns em mulheres. Levantou-se a hipótese de que a opressão de gênero, a exclusão e as injustiças sociais são elementos relevantes para explicar a referida associação (MARAGNO E COL., 2006). Medeiros et al. (2006) constataam que 65% dos atendidos nos serviços ambulatoriais e emergenciais psiquiátricos eram do sexo feminino. Costa et al. (2005) estabelecem a associação do sofrimento psíquico com eventos produtores de estresse, com gênero, com condições de vida e trabalho, más condições de moradia, baixa renda, desemprego e trabalho informal.

Aqui metade das mulheres são nervosas, os homens reclamam que não conseguem dormir direito. Não sei como funciona isso aqui, todo dia tem alguém aqui que está nervoso não consegue dormir ou está em depressão **M8**

Os intercambistas chamam a atenção para os quadros de transtorno mental comum: depressão, ansiedade, transtorno bipolar e surto psicótico, situação que se aproxima à de Cuba. Segundo Gorry (2013), Cuba tem transtornos mentais como esquizofrenia, distúrbio de saúde generalizada, como ansiedade, depressão e o uso de substâncias psicoativas. Nisso não difere da saúde global.

Tem muita gente com problemas mentais, idosos são muitos, muitos jovens, tem muito transtorno bipolar e depressão, em Cuba também tem. **M5**

Os médicos intercambistas manifestaram estranhamento face a situações clínicas psiquiátricas mais graves que chegam na APS. Salientaram a necessidade de articulação com a rede de saúde para ter uma atitude resolutiva frente à demanda. É curioso notar que a abordagem ainda utiliza os hospitais psiquiátricos, mas com a ressalva da necessidade de acompanhamento na APS.

Fizemos uma visita domicilia a gente foi lá olhar e a paciente estava em surto psicótico, alucinando e delirando, não sabia o que fazer, ai eu liguei para a secretaria de saúde, porque não sabia como funcionava direitinho, falaram que era para tratar em Taguatinga, hospital psiquiátrico São Vicente. E nós acompanhamos quando ela voltou da internação. **M8**

Os médicos intercambistas alertaram sobre o uso de medicação, em especial de forma mais intensa de psicotrópicos, ao que Roudinesco (2002) chama de “sociedade depressiva”, com base nos inúmeros tratamentos farmacológicos de depressão, ansiedade e angústias provocadas pela sociedade. O medicamento é parte dessa sociedade que, por meio de significados simbólicos, também produz necessidade de consumo (SEVALHO, 2003, p. 3-4).

Aqui no município tem bastante pessoas com depressão. Tem, tem muitos pacientes que toma fluoxetina, amitripitilina, clonazepan e diazepam. Tem caso que é isso, tem coisa que tem que ser avaliado pelo psiquiatra, mas assim, por exemplo, chega uma paciente agora que fala para nós os sintomas que ela tem, que está com depressão, que não dorme bem, começa a fazer perguntas, e você acha que não é depressão, é uma coisa que você acha que você colocando o tratamento mais leve, fluoxetina que é o principal, que é o que mais se usa na depressão. M2

Temos casos de saúde mental que utilizam benzodiazepínico que são remédios para pacientes com uma doença psiquiátrica, entendeu? Mas sempre que eu atendo um paciente eu procuro primeiro a causa da doença, e depois se foi consultado por um psiquiatra, então para ver o por que tem utilizado esse remédio, entendeu? M3

Em síntese, as práticas subjetivas são pouco consideradas; prevalecem relações direcionadas a queixas, condutas, consultas e ações pautadas em medicamentos psicotrópicos, apesar de sua baixa resolubilidade. Os intercambistas ressaltam a necessidade de um atendimento com escuta clínica solidária e compromisso da cidadania, para identificar as necessidades, sem utilizar tanto medicação.

6 DISCUSSÃO

O primeiro ponto a ser discutido diz respeito ao sistema de saúde de Cuba e do Brasil; num e noutro encontramos convergências e divergências. O sistema cubano baseia-se nos princípios da equidade, humanidade do cuidado, acesso e reconhecimento do caráter estatal e social da medicina, dirigido a ações de promoção e prevenção de saúde (ROJA, 1999). O sistema de saúde do Brasil segue os mesmos princípios. Entretanto, para Fertoni et. al (2015), as ações do SUS, inclusive nas APS, apesar de vários esforços e da implantação de políticas públicas voltadas à humanização das práticas na atenção primária, continuam

predominantemente centradas no médico, no tratamento e reabilitação de doenças, ao contrário do sistema de saúde cubano, em que prevalece o cuidado humanizado e de interesse pelas construções de vida.

Os intercambistas que atuam na APS no Brasil, vêm de outra realidade social, cultural, de outro modelo de formação acadêmica, que dá prioridade à atenção à família, ao grupo e à comunidade. A forma de lidar com as situações relacionadas ao sofrimento mental é marcada pelo caráter social. O usuário é visto como um ser histórico e social, parte de uma família e de determinada cultura. Os médicos cubanos fazem referência, o tempo todo, aos determinantes sociais. Vale destaca, que eles consideram o corpo biológico, mas mantêm o foco na situação social e comunitária.

Com a perspectiva de trazer à tona os determinantes sociais, a configuração dos signos relativos à saúde mental, para os médicos, recai sobre os domínios relacionais e cotidianos dentro dos contextos sociais. É neste sentido que vários estudos têm apontado para a necessidade de que o sofrimento mental (e as práticas destinadas a lidar com ele) seja compreendido dentro dos contextos sociais específicos em que ela é concebida (GOOD & GOOD, 1982; LITTLEWOOD, 1990), aspecto central na visão dos médicos intercambistas.

Eles se voltam às suas próprias experiências em Cuba para interpretar as demandas e necessidades de saúde mental apresentadas no contexto da atenção primária, e com elas lidar. O contexto é considerado o local privilegiado para entender as necessidades, decisivo para as acolher e determinante para as intervenções, que não seguem o modelo biomédico e segregador de Dimenstein (2005), aqui ainda articulado com a rede de cuidado de saúde. Essa nova abordagem do processo saúde-doença mostrou a urgência de se reconhecer as necessidades de saúde do coletivo a partir de sua inserção social em grupos de certo território, aquele no qual se situam o indivíduo e sua família (QUEIROZ E SALUM, 1996).

Campos et al. (2016) destacam, em sua pesquisa, a origem humilde dos médicos cubanos e o desejo intrínseco de ajudar e se solidarizar com o outro, o que os motiva a fazer e a exercer a medicina como uma missão existencial. Esta motivação altruísta os leva a entrar em comunhão com o outro, ou seja, os torna

capazes de ser um com o outro, porque reconhecem, pelas experiências vividas e sentidas no corpo, a condição do outro. Neste sentido, é impossível olhar para o outro e não comungar (DRAVET, 2014).

A medicina de Cuba é internacionalmente reconhecida; reconhece-se ser o país que mais fomenta apoio humanitário aos demais, disponibilizando auxílio a muitos países que sofrem com a escassez desses profissionais. Diferentemente do que ocorre no Brasil, a maioria dos médicos brasileiros são filhos da elite; o exercício da medicina, por sua vez, pressupõe *status* e poder social, o que distância a categoria das populações mais carentes.

Outro aspecto, referido pelos médicos intercambistas, é a visão do cuidado em saúde mental produzido na atenção primária, regida pela potencialidade dos diálogos estabelecidos entre médicos e pacientes. Eles incorporam a dimensão social à prática médica, com o intuito de ressignificar os elementos estruturais, estender a percepção acerca dos determinantes, dos processos de saúde-doença dos indivíduos de forma a ampliar a dimensão das práticas do cuidado com a saúde mental. O oposto das práticas dos brasileiros, nas quais, de acordo com Porto et al. (2012), prevalecem critérios técnicos, preocupação com o estado físico e sua melhor condição de funcionamento conforme, diferentemente dos intercambistas, que se recusam a reduzir o paciente a seu corpo ou a seu sistema biológico.

Diante dessas observações, é permitido inferir que o reconhecimento dos determinantes sociais de saúde nos casos de depressão, ansiedade e violência de todos os tipos pelos médicos potencializa a efetivação dos pressupostos de integralidade entendidos como “boa prática de cuidado” para minimizar os problemas das pessoas atendidas na atenção primária, que é onde, segundo relato dos médicos, “resolvemos quase todos os problemas”, sem necessariamente prescrever “medicalização” à população atendida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com os resultados, percebemos que a temática de saúde mental tem configurado um campo de prática para os médicos intercambistas, que se guiam por princípios de universalidade, integralidade, equidade, apesar de não terem tanta familiaridade com os princípios conceituais do Sistema Único de Saúde (SUS).

Os modos como os médicos intercambistas abordam as situações de saúde mental se mostram claras, diferentes e dependem da avaliação da situação que se faz dos contextos individuais ou de grupo; todavia, em nenhuma das narrativas eles se sentiram desconfortáveis com a temática da saúde mental, ao contrário dos médicos brasileiros, que sempre apresentam entraves quanto ao manejo das situações relacionadas. Vislumbramos uma mudança na direção do cuidado em práticas centradas no modelo biomédico, curativo e intervenções medicamentosas, substituídas gradualmente por ações de valorização dos sentidos para a saúde psíquica, agora mais voltada a uma ampliação das relações sociais do sujeito. Desse modo, a análise tende a levar em conta o aspecto psicossocial e sua efetividade na APS.

As abordagens e a dimensão do cuidado na perspectiva humanística dos médicos cubanos confluem para a formação e as práticas dos profissionais da Terapia Ocupacional que atuam nas APS, na equipe do NASF. A Terapia Ocupacional centra sua intervenção no envolvimento do paciente em ocupações significativas para auxiliar a participação do indivíduo no seu contexto, o que afetará positivamente sua saúde, seu bem-estar e sua satisfação na vida (CAVALCANTI, 2007). Todo esse processo de estruturação da Terapia Ocupacional auxilia, de modo benéfico e saudável, o bem-estar psíquico, físico, espiritual e social.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA-FILHO, N . P. et.al. O que é saúde? Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2011.

AMARANTE, P. New Subjects; New Rights: The Debate About the Psychiatric in Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 491-494, jul./set, 1995.

AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

AMARANTE, Paulo. Reforma Psiquiátrica e Epistemologia. **Cad. Bras. Saúde Mental**, v. 1, n. 1. 2009

ANDREOLI, S.B. Serviços de Saúde Mental no Brasil. Em: Mello, M.F.; Mello, A.A.F.; Kohn, R. (Orgs.). **Epidemiologia da saúde mental no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2007.

ANSELM, L. F et al. Prevalência e determinantes precoces dos transtornos mentais comuns na coorte de nascimentos de 1982, Pelotas, RS. **Revista de Saúde Pública**. vol. 42, São Paulo. Dez. 2008

AYRES, José Ricardo de C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Revista Saúde e Sociedade**, v. 13, n. 3, p. 16-29, set-dez 2004.

AYRES, José Ricardo de C. M. Sujeito, intersubjetividade e prática de saúde. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, 2011.

BARLETTA, J. B. et. al. O prontuário psicológico como recurso para pesquisa e atuação: repensando a formação da competência profissional. **Rev. Psicologia e saúde**. v. 4. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria no 2488, de 21.10.2011**. Estabelece a Política Nacional de Atenção Básica, 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 7 mai. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na BRASIL. Saúde. **Programa mais médicos – dois anos**: mais saúde para os brasileiros / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Programa mais médicos – dois anos**: mais saúde para os brasileiros /

Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Programa Mais Médicos**: orientações sobre a organização da Atenção Básica do Brasil, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (**Cadernos de Atenção Básica, n. 34**)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política de Humanização**. Formação e Intervenção. Série B. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Documento base para Gestores e Trabalhadores do SUS. 4.** ed. Brasília: Ed. do MS, 2010a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção básica. **Diretrizes do NASF – núcleo de apoio à saúde da família**. Brasília, 2009, série A, normas e manuais técnicos/caderno de atenção básica, no 27.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica. Ministério da Saúde, Brasília. n. 16, 2006

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde -DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Brasília, nov. 2005. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf>. Acesso em: 5 mai. 2018.

BRASÍLIA. **Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), Brasília, out. 2011.

BROWN, G. W. Social Roles, Context and Evolution in the Origins of Depression. **Journal of Health and Social Behavior**. v. 43, 2002.

BROWN, G. W.; T. HARRIS. **Social Origins of Depression: A Study of Psychiatric Disorder in Women**. London: Tavistock Publications, 1978.

CAMPOS, G. W. S. Efeitos paradoxais da descentralização do Sistema Único de Saúde no Brasil. In: FLEURY, S. (Org.). **Democracia, descentralização e desenvolvimento**: Brasil e Espanha. Editora FGV, 2006.

CAMPOS, G. W. de S. et al. (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: HUCITEC, 2006.

CAMPOS, F.E; MACHADO, M.H, GIRARDI, S.N. A Fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidade. **Divulg. Saúde debate** 2009.

CARRETEIRO, T. C. O Doença como Projeto: uma contribuição à análise de formas de afiliações e desfiliações sociais. In: BADER, S. (Org.). **As Artimanhas da exclusão**: análise psicossocial e ética da desigualdade social. Petrópolis: Vozes, 2001.

CAVALCANTI, Alessandra. **Terapia Ocupacional: fundamentação e prática**. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2007.

COSTA, A.G e LUDERMIR, A.B. Transtornos mentais comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. CAD. Saúde Pública, 2005.

DIMENSTEIN, M et al. Demanda em saúde mental em unidade de saúde da família. Mental Barbacena, v. 3.n. 5, p. 23-41, Nov. 2005. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-4427200500200003&lng=PT&nrm=iso. Acesso em: 12 de maio de 2018

DRAVET, F.M. **Crítica da razão metafórica**. Brasília/DF: Casa das Musas, 2014.

ESTAÇÃO DE PESQUISA DE SINAIS DE MERCADO (EPSM). Identificação de áreas de escassez de recursos humanos em saúde no Brasil. Belo Horizonte: EPSM/NESCON/FM/UFGM; 2012. Disponível: http://epsm.nescon.medicina.ufmg/epsm/relate_pesquisa/identifica%C3%A7%C3%A3o%20Brasil.pdf/ Acesso em: 23 de maio de 2018.

FERTONANI, H. P. et al. O modelo assistencial: conceitos e desafios para a atenção Básica em saúde no Brasil. Ciênc. saúde coletiva. v. 20 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-8232015206.13272014> acesso em 23 de maio de 2018.

FONSECA, M.L.G., GUIMARÃES. M.B.L., Vasconcelos EM. Sofrimento difuso e transtorno mental comum: uma revisão bibliográfica. **Rev APS**. 2008.

FONSECA MLG. **Sofrimento difuso, transtornos mentais comuns e problemas de nervos: uma revisão bibliográfica a respeito das expressões de mal-estar**

nas classes populares. 2007. [Dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/Fundação Oswaldo Cruz;

FONSECA, M.G. **Sofrimento Difuso, Transtornos Mentais Comuns e Problemas de Nervos:** uma revisão bibliográfica a respeito das expressões de mal-estar nas classes populares. 2007. [Dissertação]. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz,

FONSECA, M. L. G.; GUIMARÃES, M. L. B.; VASCONCELOS, E. M. Sofrimento difuso e transtornos mentais comuns: uma revisão bibliográfica. **Revista APS**, Juiz de Fora, v. 11, jul./set. 2008.

FONSECA, M.L.G. Diferenças Culturais entre Profissionais De saúde e clientela acerca do nervoso: da distância à compreensão da diversidade. **Rev APS**. v. 12, out/dez, 2009

FORTES S, VILLANO L.A.B, LOPES C.S. Perfil nosológico e prevalência de transtornos mentais comuns em pacientes atendidos em unidades do Programa Saúde da Família (PSF) de Petrópolis, Rio de Janeiro. **Rev Bras Psiquiatr**. 2008.

_____ et.al. [Common mental disorders in Petrópolis-RJ: a challenge to integrate mental health into primary care strategies]. **Rev Bras Psiquiatr**. 2011. Portuguese.

_____. **Transtornos mentais comuns na atenção primária:** suas formas de apresentação, perfil nosológico e fatores associados em unidades do programa de saúde da família do município de Petrópolis. Tese. Rio de Janeiro, 2004.

FOUCAULT, M. **História da Loucura na Idade Clássica.** São Paulo: Perspectiva, 1972.

FERLA, A. A; MATOS, I. B. Participação na saúde: teorias e práticas revitalizadas nos trabalhos do prêmio Sérgio Arouca de gestão participativa na saúde. **Rev Saúde Soc.** V. 21, São Paulo, 2012.

GARDAMER, H. G. Verdade e método: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica. v. 1. **Petrópolis**, Rio de Janeiro: editora Vozes, 2005.

GERGEN, K.J. O movimento construcionista social na psicologia moderna. **Psicólogo americano**. v. 40, 1985.

GIRARDI, N.S. et al. Impacto do Programa Mais Médico na redução da escassez de médicos em Atenção Primária à Saúde. **Rev.Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, 2016.

GONÇALVES, D. M. **Prevalência de Transtornos Mentais e fatores sociodemográficos associados em população atendida por equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) no município de Santa Cruz do Sul, RS,** Brasil. 2009. Dissertação. UFRGS, Porto Alegre.

GOLDBERG, D; HUXLEY, P. Common mental disorders: a bio-social model. London: Tavistock, 1992.

GOLVALVES, D.M, et. al. Performance of the Self Reporting Questionnaire as a psychiatrics screening questionnaire: a comparative study with structured clinical interview for DSM IV. **Cad. Saúde Pública**, 2008. Portuguese.

GORRY, C. Servicios comunitarios de salud mental en Cuba. **Medicc Rev**, 2013.

GOOD, B; GOOD, M.J. "Toward a meaning – centered analysis of popular illness categories: 'Fright-illness' and 'Heart Distress' in Iran. Cultural conception of mental health and therapy, organizado por MARSELLA & WHITE. Londres: D. Reidel Publishing, 1982.

GUIMARÃES, M. B. L; VALLA, V. V.; STOTZ, E. N. (Coords.). **Os Impasses da Pobreza Absoluta. Relatório Final do Projeto Vigilância Civil da Saúde na Atenção Básica: Uma Proposta de Ouvidoria Coletiva na AP**, Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz, 2005. Pode ser acessado em: <http://chagas.redefiocruz.fiocruz.br/~ensp/biblioteca/dados/pesquisa2.pdf>

HARRIS, T. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2012.

_____. **Introduction to the Work of George Brown: Where Inner and Outer Worlds Meet: Psychosocial Research in the Tradition of George W. Brown**. London: Routledge, 2000.

HEIDEGGER, M. **Ser e Tempo**. Petrópolis: Vozes, 2006.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). Sistema de indicadores de percepção social (SIPS). Brasília: IPEA; 2011. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/pdfs/livros_sistema_indicadores_sips_01.pdf. Acesso em 23 de maio de 2018

JAQUES, M.G.C. – Abordagens teórico-metodológicas em saúde/doença mental & trabalho. **Psicologia e Sociedade**. V. 15. Porto Alegre, 2003.

LIMA, R. D.C.G.S. VERDI, M.I.M. Discursos de médicos de família brasileiros e italianos sobre autonomia na perspectiva bioética. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 34, 2015.

LITTLEWOOD, R. "From categories to context: a decade of the new cross cultural psychiatry". *British Journal of Psychiatry*, 1990.

MATOS, A. M. *Filosofia Curitiba: desde Brasil*, 2003.

MARAGNO, L. et. al. Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no município de São Paulo, Brasil. *Cad de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 2006.

MEDEIROS, E. N. et. al. Estudos Epidemiológicos na área de saúde mental. Realizados no Brasil. Online Brazilian Journal of Nursing, 2006. Disponível em: <http://www.uff.br/ojs-2.1.1/index.php/nursing/rt/printer/138>. Acessado em: 5 de junho de 2018.

RIBEIRO, M.A. Psicose e desemprego: um paralelo entre experiências psicossociais de ruptura biográfica. Cad. de psicologia social do trabalho, 2007.

ROCHA, S.V, et. al. Prevalência de transtornos mentais comuns entre residentes em áreas urbanas de Feira de Santana, Bahia. Rev. Brasileira de Epidemiologia, 2010.

ROJA OCHOA, F. Situación, sistema y recursos humanos en salud para El desarrollo em Cuba. Rev. Cubana Salud Pública, 1999.

ROUDINESCO, E. Por quê a psicanálise? (Tradução Vera Ribeiro). Rio de Janeiro: Zahar, 2000.

SANTOS DOS, J. E; SOUZA, R. C. (ORG). Construção social da aprendizagem em saúde mental e saúde da família. Ilhéus. BA: Editus, 2014.

SEVALHO, G. Uma abordagem histórica de representações sociais de saúde e doença. Cad. de Saúde Pública. 1993.

SPINK, M.J.P. MEDRADO, B. Produção de sentido no cotidiano. In SPINK, M.P. Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: Aproximações teóricas e metodológicas. Rio de Janeiro. 2013.

SPINK, M.J. Linguagem e produção de sentidos no cotidiano. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de pesquisas sociais, 2010.

SKAPINAKIS. P. et. al. Prevalence and sociodemographic associations of common mental disorders in a nationally representative sample of the general population of Greece, 2013.

SOUZA, L. P.S et.al Prevalência de transtornos mentais comuns em adultos no contexto de Atenção Primária à saúde. Rev. Portuguesa de Enfermagem de saúde mental, 2017.

KOHN, R.; MELLO, M.F. E MELLO, A.A.F. O ônus e a carência de atendimento da saúde mental no Brasil. Em: Mello, M.F.; Mello, A.A.F.; Kohn, R. (Orgs.). (2007). **Epidemiologia da saúde mental no Brasil**. Porto Alegre: Artmed.

LAGO, E. R. L.; CRUZ, R. B. **Atencion primária de Salud y medicina general integral. Temas de medicina general integral**. vol 1, Salud y medicina. Havana Editorial. Ciencias Médicas, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v15n2/09>>. Acesso em: 5 mai. 2018.

LIMA E.M.F.A; YASUI S. Territórios e sentidos: espaço, cultura, subjetividade e cuidado na atenção psicossocial. **Saúde Debate**, 2014.

LOPEZ, A. D.; MURRAY, C. C. J. L. M. The global burden of disease, 1990-2020. **Nat Med.**, v. 4, 1998. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/toc/pdfs/29.pdf>>. Acesso em: 15 maio. 2018.

LORANT, V.; D. DELIEGE, et al. Socioeconomic Inequalities in Depression: A Meta-Analysis. **American Journal of Epidemiology**, v. 157, 2003.

MATTA, G. C.; MOROSINI, M. V. G. "**Atenção primária à saúde.**" Dicionário da educação profissional em saúde, 2006.

MENDES, E. V. **Atenção Primária à Saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família.** / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MENEZES, MENEZES, A. C.A. Intervenções psicossociais para transtornos mentais comuns na Atenção Primária. Dissertação. Rio de Janeiro, 2012.

MINAYO, M.C.D.S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Ed. Vozes Limitadas, Petrópolis, 2011.

MOREIRA J.K. et al. [Prevalence of common mental disorders in the population attended by the Family Health Program]. **J Bras Psiquiatr**. 2011. Portuguese.

_____. Transtorno mentais comuns na população atendida pelo programa saúde da família. 2010. Dissertação. São João Del Rei. PPGPSI-UFSJ.

MORENO, E. A. C. M. **Fatores associados ao risco de transtorno mental comum**. 2012. Dissertação. Recife /PE.

NOTÍCIA STF, Supremo julga constitucional o programa Mais Médicos, 2017. Disponível em: www.stf.jus/portal/cms/vernoticiadetalhe.asp?idconteudo=363404 . acesso em 18 de maio de 2018.

OLIVEIRA, W.F. Entrevista: Raul Gil Sánchez. Caderno Brasileiros de Saúde Mental, Florianópolis – Santa Catarina, Brasil, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Atencion Primária de Salud. Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde.** Alma-Ata, Rússia/Brasília, Unicef, 1979.

_____. **Relatório Mundial de Saúde. Atenção primária de Saúde. Agora mais do que nunca**, 2008.

PACHECO, J.G. Reforma psiquiátrica, uma realidade possível: representações sociais da loucura e a história de uma experiência. Ed. Juruá, Curitiba, 2009

PATEL, V.; A. COHEN. **Mental health services in primary care in developing countries**. World Psychiatry, 2003.

SALUM, M.J.L; QUEIROZ, V.M. Reconstruindo a intervenção de enfermagem em saúde coletiva face a vigilância à saúde. In **48 Congresso Brasileiro de Enfermagem**. São Paulo, ABEn, 1996.

SANTOS, L.M.P; COSTA, A.M; GIRARDI, S.N. Programa Mais Médico: uma ação efetiva para reduzir iniquidades em saúde. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, 2015.

SANTOS, R. C. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) como componente do cuidado em saúde mental**: perspectivas de profissionais da Estratégia Saúde da Família. 2012. Dissertação. Fortaleza, 2012.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. **Guia de Legislações do SUS e Controle Social**. SÃO PAULO, 2010. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/ces/homepage/acessorapido/cartilhas-aos-conselheiros/cartilha_principais_legislacoes.pdf>. Acesso em: 05 maio. 2018.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. Secretaria Executiva do Conselho Estadual de Saúde. **Guia de Legislações do SUS e Controle Social**. SÃO PAULO, 2010. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/ces/homepage/acessorapido/cartilhas-aos-conselheiros/cartilha_principais_legislacoes.pdf>. Acesso em: 5 mai. 2018.

SILVEIRA, D. P. **Sofrimento Psíquico e Serviços de Saúde**: cartografia da produção do cuidado em saúde mental na atenção básica em saúde. 2003. Dissertação: ENSP/Fiocruz.

SILVEIRA, M. L. **O nervo cala, o nervo fala**: a linguagem da doença. Ed. Fiocruz, Rio de Janeiro, 2000.

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco Brasil/Ministério da Saúde, 2004.

_____. **Primary care**: balancing health needs, services and technology. New York: Oxford University Press, 1998.

THE WORLD HEALTH REPORT. **Primary Health Care Now More Than Ever** © Organização Mundial da Saúde 2008. www.who.int/en

VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G. W. de S. et al. (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: HUCITEC, 2006.

VASCONCELOS, E.M; MORGADO, R – **Proposta Conceitual do PAIF**: subsídios analíticos e metodológicos na lógica do Sistema único de Assistência Social – Suas e do Programa de atendimento Integral à família – PAIF/RJ, 2005.

VIANA, A.L.D.; POZ, M.R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Physis**. V .15. Rio de Janeiro, 2005.

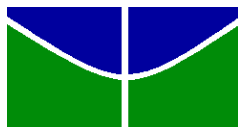
VILLEN, P. As médicas-imigrantes cubanas e os preconceitos encadeados. Rev. Carta Capital, saúde, 2018. Disponível: <http://www.cartacapital.com.br/blogs/brasil-debate/as-medicas-imigrandetes-cubanas>. Acesso em 18 de maio de 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The World Health Report 2001**. Mental Health: New Understanding, New Hope. Geneva: World Health Organization; 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The World Health Report 2008**. Primary Health Care Now More Than Ever: World Health Organization; 2008.

APÊNDICES

8.1 Apêndice A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE



Universidade de Brasília
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

Convidamos o(a) Senhor(a) a participar do projeto de pesquisa Construção social de saberes e práticas - experiências dos médicos do programa mais médicos em Valparaíso de Goiás, sob a responsabilidade da pesquisadora Josenaide Engracia dos Santos. O projeto sobre o programa mais médicos (PMM), é fruto de um pacto para melhoria do atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde, para regiões onde há escassez e ausência de profissionais para atuar na atenção básica de municípios com maior vulnerabilidade social. Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa e que tem como referencial teórico o construcionismo social, possibilitando-nos entendê-la como uma prática social que favorece reflexões acerca do tema proposto para este estudo. Instrumentos. Grupo focal e entrevistas. Participantes da pesquisa. 10 médicos do programa mais médicos e 10 usuários. Análise de dados. Mapa de associação de ideias.

O objetivo desta pesquisa é compreender os sentidos atribuídos sobre saberes e práticas do programa mais médicos Valparaíso de Goiás. O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo pela omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a).

A sua participação se dará por meio de entrevista e grupo focal, em horário previamente agendado, na data combinada com um tempo estimado em quarenta minutos, em dois encontros para sua realização. O desconforto que o sujeito poderá sentir é o de compartilhar informações pessoais ou confidenciais, ou em alguns tópicos que ele possa se sentir incômodo em falar. Para minimizá-lo será deixado claro que o sujeito não precisa responder a qualquer pergunta ou parte de informações obtidas em debate/entrevista/pesquisa, se sentir que ela é muito pessoal ou sentir desconforto em falar.

Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa são relacionados ao conteúdo, assunto que podem provocar constrangimento, invasão de privacidade, fortes emoções, ansiedade e receio, a forma de minimizá-los será por meio da compreensão prévia de todos os sujeitos de pesquisa acerca dos objetivos e instrumentos a serem utilizados no estudo, assim como serão revistas criteriosamente as questões que possam trazer algum tipo de incômodo aos participantes. Se você aceitar participar, estará contribuindo para aprofundamento e compreensão do programa mais médicos.

O(a) Senhor(a) pode se recusar a responder (ou participar de qualquer procedimento) qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o(a) senhor(a). Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração.

Todas as despesas que você tiver relacionadas diretamente ao projeto de pesquisa (passagem para o local da pesquisa e alimentação no local da pesquisa) serão cobertas pelo pesquisador responsável.

Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação na pesquisa, você poderá ser indenizado, obedecendo-se as disposições legais vigentes no Brasil.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na **Universidade de Brasília** podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais serão utilizados somente para esta pesquisa e ficarão sob a guarda do pesquisador por um período de cinco anos, após isso serão destruídos.

Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Josenaide Engracia dos Santos, na Universidade de Brasília no telefone 61-33770615 e 61-91640758 disponível inclusive para ligação a cobrar. **engracia@unb.br**

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP/FS) da Universidade de Brasília. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser esclarecidos pelo telefone (61) 3107-1947 ou do e-mail cepfs@unb.br ou cepfsunb@gmail.com, horário de atendimento de 10:00hs às 12:00hs e de 13:30hs às 15:30hs, de segunda a sexta-feira. O CEP/FS se localiza na Faculdade de Ciências da Saúde, Campus Universitário Darcy Ribeiro, Universidade de Brasília, Asa Norte.

Caso concorde em participar, pedimos que assine este documento que foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o Senhor(a).

Nome / assinatura

Pesquisador Responsável
Nome e assinatura

Brasília, ____ de _____ de _____.

8.2 Análise de Dados – Apresentação dos dados e interpretação dos resultados da



Pesquisa: "Construção social de saberes e práticas - Experiências dos usuários e de médicos do programa mais médicos de Valparaíso de Goiás"

Pesquisador: Josenaide Engracia dos Santos

Núcleo I – Identificação

1. Data da Entrevista: ____ / ____ / ____
2. Código Nome: _____
3. Idade: _____
4. Sexo: M (☐) F (☐)
5. Profissão: _____
6. Tempo de formada: _____

Núcleo II de questões norteadoras

ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA MÉDICOS

1. O que pensa sobre o programa mais médicos e como reflete em sua vivência na saúde?
2. Conte uma experiência de sucesso durante sua atuação no programa mais médicos.
3. O que você aprendeu com esta experiência que poderá utilizar/contribuir para o seu desenvolvimento enquanto profissional?
4. Quais dispositivos você acessa para colaborar na saúde do usuário (paciente)?
5. Como se acontece o tratamento de quadros de doenças crônicas?
6. Como lida com a questão da violência?
7. Quais os desafios colocados a partir desta experiência para a continuidade de um atendimento integral ao público alvo do programa?
8. Como você pode relatar a sua experiência no mais médicos?
9. O senhor (a) tem realizado cursos de atualização, especialização, outros relacionados a prática na atenção primária a saúde (atenção básica)?
10. Como o(a) senhor(a) se posiciona como profissional de saúde frente ao cuidado de transtorno mental e situações de álcool e outras drogas ?
11. Como o(a) senhor(a) descreveria sua prática (atuação/inserção) no tratamento de doenças crônicas ?
12. Como você nomearia a experiência no programa mais médicos?

ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA USUÁRIOS

1. O que pensa sobre o programa mais médicos e como foi a sua experiência com os médicos do programa?
2. Quais os aspectos você considera importante com a presença dos mais médicos?
3. Como você relata a sua experiência com o médico no programa?
4. O que vem à mente quando eu falo programa mais médicos?

8.3 Apêndice C - Modelo de Mapa de Associação de Ideias

Análise do Programa Mais Médicos

Objetivo geral:

Compreender os sentidos dos saberes e práticas do programa mais médicos Valparaíso de Goiás

Objetivo específico:

Identificar tecnologias, estratégias e recursos de aprendizagem utilizados no PMM.

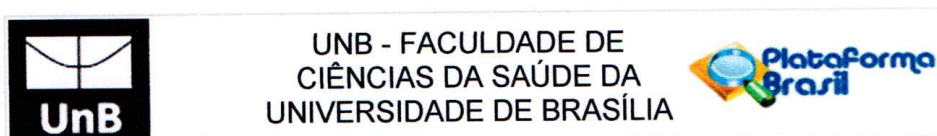
Refletir sobre alcances e limites do PMM na perspectiva dos usuários e médicos;

Conhecer as motivações dos profissionais para estarem no PMM;

Como nomeiam e explicam	Como se posicionam e o que dizem	Motivações	Limites	Alcances	Recursos utilizados

ANEXOS

9.1 Anexo A- Parecer Consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Construção social de saberes e práticas - experiências do Programa mais Médicos em Valparaíso de Goiás

Pesquisador: JOSENAIDE ENGRACIA DOS SANTOS

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 61606116.0.0000.0030

Instituição Proponente: Faculdade de Ceilândia - FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.902.598

Apresentação do Projeto:

Trata-se de resposta de pendências do projeto de pesquisa da Josenaide Engracia dos Santos, se destacará com atividades de iniciação científica, mestrado, produção de artigo, e com ampla divulgação desse trabalho, que busca conforme resumo: "O programa mais médicos (PMM), é fruto de um pacto para melhoria do atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde, para regiões onde há escassez e ausência de profissionais para atuar na atenção básica de municípios com maior vulnerabilidade social. (BRASIL, 2015). Metodologia. Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa e que tem como referencial teórico o construcionismo social, possibilitando-nos entendê-la como uma prática social que favorece reflexões acerca do tema proposto para este estudo. Instrumentos. Grupo focal e entrevistas. Participantes da pesquisa. 10 médicos do programa mais médicos e 10 usuários. Análise de dados. Mapa de associação de ideias."

Os participantes. Amostra intencional. Serão 10 usuários da atenção primária e 10 médicos do PMM, do sexo feminino e masculino, variando a faixa etária entre 18 a 60 anos.

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com



UNB - FACULDADE DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



Continuação do Parecer: 1.902.598

Custo de 1.015,00 Reais com material de escritório.

Cronograma: Início da Pesquisa Março/2017.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral:

Compreender os sentidos dos saberes e práticas do programa mais médicos Valparaíso de Goiás

Objetivo específico:

Construir sentidos acerca das tecnologias, estratégias e recursos de aprendizagem utilizados no PMM;

Refletir sobre alcances e limites do PMM na perspectiva dos usuários e médicos;

Conhecer as motivações dos profissionais para estarem no PMM;

Conhecer a influência das ações do PMM, na vida dos usuários de Valparaíso;

Investigar o serviço de atenção primária antes e depois dos mais médicos do ponto de vista dos usuários.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: A pesquisa evitará qualquer situação de risco ou desconfortos para o entrevistado na condução da pesquisa. Considerando o conceito pluridimensional, que incorpora tanto a probabilidade, quanto a abrangência dos danos que podem sofrer os participantes da investigação: riscos físicos, como dor física, leve ou grave, permanente ou temporária, atual ou futura; psicológicos, como distúrbios emocionais; sociais: como problemas com seguros ou dificuldades para conseguir ser admitido em um emprego, criando um estigma social; e econômicos, como despesas financeiras. Garantindo a confidencialidade e o sigilo de tudo relatado. Assim como a explicitação de regras e pressupostos teórico/metodológicos que norteiam a pesquisa para evitar qualquer equívoco, podendo gerar desconforto ao entrevistado pelo fato

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.910-900

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3107-1947

E-mail: cepfsunb@gmail.com



UNB - FACULDADE DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



Continuação do Parecer: 1.902.598

Outros	Brendacurriculo.pdf	27/10/2016 21:57:06	SANTOS	Aceito
Outros	curriculomelina.pdf	23/10/2016 19:31:45	JOSENAIDE ENGRACIA DOS SANTOS	Aceito
Outros	curriculojosenaide.pdf	23/10/2016 19:31:23	JOSENAIDE ENGRACIA DOS SANTOS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	20/10/2016 22:23:20	JOSENAIDE ENGRACIA DOS SANTOS	Aceito
Outros	TermoAutorizImagemSom2016.pdf	20/10/2016 22:16:14	JOSENAIDE ENGRACIA DOS SANTOS	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	20/10/2016 22:12:05	JOSENAIDE ENGRACIA DOS SANTOS	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Scan.jpg	24/04/2016 05:46:19	JOSENAIDE ENGRACIA DOS SANTOS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASILIA, 31 de Janeiro de 2017

Assinado por:
Keila Elizabeth Fontana
(Coordenador)

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.910-900

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3107-1947

E-mail: cepfsunb@gmail.com